

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

165

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

KIEJZMAN Israël

Né le 29 Novembre 1908 à Izbica (Pologne)

Considérations
sur les présentations du front

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

KIEJZMAN Israël

Né le 29 Novembre 1908 à Izbica (Pologne)

Considérations sur les présentations du front

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	BOUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LINEL.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGALL LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARS.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEBEROUJET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CLERC.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	OUVELLAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique prophylactique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	HOVELACQUIN.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.

MM.

SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	BOUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LINEL.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEFER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGALL LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEBERBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GALEJAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CLERC.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUCLAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique prophécutique	SILBERT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	HOVELACQUE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.

MM

SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLS	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de reconnaissance et
d'amour filial.*

A MES SOEURS ET FRÈRES

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET COLÈGUES D'ÉTUDE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant de l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de cette
thèse, qu'il nous a inspirée, après nous
nous avoir permis de bénéficier de son
lumineux enseignement.*

DIVISION DU SUJET

Nous occupant de la présentation du front, nous ne donnerons qu'un résumé des différentes théories concernant le mécanisme de cette présentation, après avoir défini et caractérisé celle-ci tout d'abord.

Ce sera la première partie.

Dans une deuxième partie nous envisagerons les indications thérapeutiques suivant que *l'enfant est vivant* (Chapitre premier) et que *l'enfant est mort* (Chapitre 2°).

Dans le chapitre 1^{er} consacré à *l'enfant vivant*, nous étudierons successivement la conduite à tenir :

- a) Quand la tête est engagée.
- b) Quand elle demeure au-dessus du D. S.

Dans le chapitre 2° l'enfant étant mort il ne sera question que d'opération fœtale réductrice.

Nous formulerons pour terminer nos conclusions qui résument les règles thérapeutiques adoptées par notre maître M. le Professeur Brindeau.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE DE LA PRÉSENTATION DU FRONT

Définition. — Sous le nom de présentation du front, on désigne une présentation de la tête dans une attitude intermédiaire à la flexion qui caractérise la présentation du sommet et la déflexion qui caractérise la face.

Beaucoup d'accoucheurs admettent l'autonomie de cette présentation puisque le front et les régions voisines constituent une partie foetale assez volumineuse pour remplir l'excavation et puisque l'accouchement s'effectue par un mécanisme bien particulier. Mais d'autres auteurs ne partagent pas cette opinion et lui adressent plusieurs critiques :

1° Le doigt qui explore arrive tantôt sur le front, tantôt sur le bregma, en sorte qu'il faudrait multiplier les présentations, parler de présentation frontale et de présentation bregmatique.

2° Les présentations du front sont tantôt des sommets mal fléchis, et plus souvent des faces mal défléchies, en sorte qu'il faut parler d'anomalie du sommet ou d'anomalie de la face et non pas de présentation.

3° Le mécanisme invoqué n'est pas une accommodation des dimensions foetales aux dimensions pelviennes, mais un simple tassement qui fait descendre la tête. On parle de présentation du front temporaire et de présentation du front définitive. Au D. S. une tête peut être mal défléchie ou mal fléchie ; c'est ce qu'on appelle présentation temporaire. Il y a un abus de langage. En effet, la présentation du front ne consiste pas dans le fait que la tête se présente au détroit supérieur dans une attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, car un tel fait est d'une fréquence relativement très grande dans des cas normaux et surtout dans les cas des bassins aplatis où elle est l'attitude quasi normale préparatoire à l'engagement. De même, dans les présentations de la face il existe une attitude intermédiaire dans laquelle la grande fontanelle est au centre du D. S.

En réalité on doit réserver l'appellation du front aux cas où la tête, s'étant présentée au détroit supérieur en front, s'est engagée dans la même attitude et vient se dégager en front au détroit inférieur et à la vulve.

Fréquence. — Les statistiques donnent des chiffres différents ; 1 pour 500, 1 pour 1.000, 1 pour 400. La présentation définitive est rare et si certaines statistiques indiquent le front comme fréquents, c'est en y faisant rentrer beaucoup des présentations temporaires.

Étiologie. — On décrit : 1° *Les causes maternelles*, telles que la multiparité. Stiglbauer a relevé à la deuxième clinique de Vienne, 37 multipares sur 28 primipares, l'obliquité utérine, les tumeurs des parois utérines, les viciations pelviennes qui sont très fréquentes d'après Jeannin ; 9 rétrécissements pelviens sur 10 présentations du front.

2° *Causes fœtales* telles que faible volume de fœtus, excès de volume d'après Stiglbauer, gestation gemellaire, dolicocephalie, tumeur du cou, précidence des membres.

3° *Causes ovulaires* telles que l'hydramnios.

4° *Causes obstétricales* telles qu'une application de forceps ratée au détroit supérieur.

En réalité, il convient de mettre un peu d'ordre dans ce chaos et de distinguer : Les causes qui favorisent la mauvaise direction prise par la tête fœtale, et les causes qui rendent irrémédiable cette mauvaise direction :

1° Un utérus de multipare, un hydramnios, une tête trop petite, tout ce qui laisse à la tête fœtale une trop grande mobilité l'exposent à être saisie dans une attitude vicieuse par une contraction.

2° Une dolicocephalie primitive, un cou trop court, une tumeur du cou peuvent suivant leur degré, déterminer un front ou bien une face.

3° L'obliquité utérine pousse la tête de façon anormale au détroit supérieur.

4° Les viciations pelviennes, les procidences des membres, tout ce qui retarde l'engagement fait jouer la tête sur le détroit supérieur et risque de la laisser surprendre en flexion imparfaite.

A ces causes ajoutons celles qui déterminent un rétrécissement du segment inférieur et gênent le mouvement d'accommodation de la tête ; il en est ainsi en particulier, au cas où dans une gestation gemellaire, les deux têtes se bloquent au même niveau.

La cause qui rend irrémédiable la mauvaise direction prise par la tête est la contraction utérine, soit que cette contracture relève d'un tempérament spécial, soit qu'elle relève d'une irritation locale.

La lutte contre un obstacle pelvien ou contre un membre procident, l'irritation consécutive à une application de forceps manquée sont autant de causes de cette irritation locale.

Le diagnostic. — Le diagnostic se fait par le palper et surtout par le toucher. Le palper montre l'occiput plus élevé que le front. Par le toucher, le doigt arrive d'abord sur les deux bosses frontales et la suture interfrontale. C'est ce qu'il rencontre le premier ; ce qui est le plus bas. Mais en général, le front n'est pas au centre du bassin et celui-ci est occupé par la fontanelle antérieure.

En continuant à explorer le crâne, on arrive

sur la suture sagitale d'un côté et sur le nez et les orbites de l'autre.

On n'arrive pas sur la fontanelle postérieure, donc il ne s'agit pas d'un sommet ; on n'arrive pas sur la bouche, donc il ne s'agit pas d'une face.

Le repère des positions est, suivant les auteurs, le nez ou le maxillaire supérieur. Peu importe d'ailleurs, car il semble n'y avoir que des variétés transverses et en indiquant la présentation et le côté où l'on trouve le dos, le diagnostic est suffisant.

Description de l'accouchement

Les contractions sont très douloureuses et peu efficaces, ainsi qu'il est de règle dans tous les cas de contracture.

La poche des eaux est tendue et se rompt de bonne heure ; ceci facilite la rétraction de l'utérus, sur la tête fœtale et contribue, d'autant, à empêcher l'accommodation de cette tête.

L'engagement se fait grâce à la malléabilité de la tête fœtale qui permet son tassement ; si la tête n'est pas malléable, si elle ne se réduit pas, elle reste indéfiniment au détroit supérieur et le problème n'est pas celui de la présentation du front, mais celui de la disposition entre tête et bassin. Il ne se produit pas de flexion de la tête et celle-ci présente au détroit supérieur un diamètre trop long ; l'occipito-mentonnier qui mesure environ 13,5.

Le menton et l'occiput restent à la même hauteur et descendent simultanément.

Certains accoucheurs cependant ont invoqué des mouvements qui feraient entrer ce diamètre dans le bassin par une de ses extrémités. Mangialli pense que le menton entre le premier. Blanc pense que le menton descend puis remonte, puisque l'occiput descend définitivement. Mais pourquoi cette inutile bascule?

Il n'en est rien. Le diamètre de 13,5 s'engage bel et bien, soit parce que le bassin aplati a parfois un diamètre transverse allongé, soit parce que la tête se déforme, ce deuxième mécanisme étant le plus habituel, le diamètre de 13,5 diminue. l'occipito-frontal s'allonge et atteint 14 et même 15 cm. Les diamètres antéro-postérieurs de la tête se mettent dans le diamètre transverse utile du bassin, la plupart des auteurs modernes sont d'accord sur ce point.

Le temps de descente et de rotation est considérablement gêné par le fait de la déformation qui, tout à l'heure, a permis l'engagement, la tête descend plus ou moins loin suivant le diamètre transverse, mais ne peut tourner ou ne tourne que difficilement de façon à amener la face en avant. La difficulté est telle, dans certains cas, qu'il nous faut parler d'enclavement. Le dégagement est assez comparable au dégagement d'une occipito-sacrée, avec la différence qu'au lieu de caler la racine du nez au sous-pubis, c'est le maxillaire supérieur, qui s'y

cale et autour duquel la tête va se dégager, on voit apparaître le front, le bregma, la suture sagittale, le lambda, le sous-occiput, la tête de fléchissant.

Quand le sous occiput est dégagé, la tête se défléchit et l'on voit la face et le menton. Budin, Fauchier ont observé un cas où la bouche du fœtus était arrivée au sous-pubis, qu'elle mordait en quelque sorte. L'accouchement fut un peu plus aisé, car le bucco-occipital était un peu plus petit que le maxillo-occipital ; mais ces faits sont exceptionnels.

Quelques anomalies peuvent s'observer. L'une est fréquente et fâcheuse, c'est l'enclavement ; l'autre est rare, c'est la transformation en face ou en sommet.

Cette éventualité peut se réaliser au détroit supérieur, mais alors, il est plus juste de parler de présentation temporaire ; elle peut parfois se réaliser dans l'excavation pour donner exclusivement un sommet, mais il faut une tête petite, et qui ne soit pas encore déformée.

Les phénomènes plastiques consistent en une bosse séro-sanguine qui siège sur le front et qui est accentuée, puisque le travail a été long et pénible, et en une dolicocéphalie un peu particulière avec front pointu et occiput énorme.

Le pronostic. — Le pronostic de la présentation du front est médiocre, tant pour raisons intrinsèques tenant au rétrécissement pelvien si souvent coexistant. Les dimensions du fœtus, les dimensions

du bassin, la malléabilité de la tête sont autant de facteurs qui doivent être pris en grande considération.

L'accouchement est long. Il nécessite très souvent des interventions et celles-ci étant laborieuses, font courir des risques à la patiente.

Qu'il y ait intervention ou que l'accouchement soit spontané, les dégâts ne sont pas rares ; déchirures périnéales par une tête mal fléchie, fistules vésico-vaginales, par la pression prolongée d'une tête enclavée, rupture utérine par les manœuvres obstétricales. Enfin, travail long et attrition des tissus font que, très souvent on observe de l'infection dans les suites des couches.

La mortalité des enfants est d'environ le tiers, tant à cause des procidences du cordon qui sont fréquentes, qu'en raison du nombre des hémorragies méningées particulièrement élevé du fait de la dystocie.

Chatillon relève sur 3 accouchements dont 1 gémellaire, 2 morts.

Stiglbauer trouve 22 % d'enfants morts en cas d'accouchements spontanés, et 62,5 % en cas d'intervention.

Marcoé a 39 % d'enfants morts.

Jeannin trouve 10 % sans intervention et 72 % avec intervention.

DEUXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER

L'enfant est vivant

Il convient de distinguer dans ce chapitre :

1. Les cas où la tête fœtale est engagée ;
2. Les cas où elle est au-dessus du détroit supérieur.

1. La tête fœtale est engagée

Tout est normal. Les bruits du cœur fœtal sont bons, la femme a des contractions régulières, la tête, en présentation du front, progresse, *il faut savoir ne rien faire*. C'est-à-dire attendre l'expulsion spontanée du fœtus. Nous avons montré quel est le mécanisme de cet accouchement spontané. Nous savons qu'il est possible. En voici un exemple :

Observation N° 1, due à l'obligeance de
M. le Professeur Brindeau

H... Germaine, 2 ans, II^e pare. Bassin normal. sans antéc. hérédit., réglée à 13 ans. Premier accouchement normal, fille vivante pesant 3.500 gr.

Dernières règles du 23 au 28 juillet.

Entre dans le service le 16-4-1930 à 8 h.

Examen d'entrée. — Tête défléchie au détroit supérieur, dos à droite, membranes rompues, l'enfant semble volumineux.

A 9 h. 30. — Dilatation entre 2 à 5 fr.

Présentation du front. On perçoit au détroit supérieur : la fontanelle ant., le front, le nez. On n'arrive pas à sentir la bouche.

A 12 h. — Dilatation entre 5 fr. et petite paille. Le front s'engage et descend en N.I.G.A.

A 12 h. 50. — Dilatation complète, tête à la portée moyenne de l'excavation. Contractions utérines énergiques.

A 13 h. — En quelques poussées énergiques, la femme accouche. Dégagement en naso-pubienne. La flexion se faisant autour de la base du nez.

Garçon vivant pesant 4.350 gr. Délivrance naturelle, complète pesant 850 gr. Légère déchirure du périnée = 1 crin double.

Nous voyons que la progression de la tête fœtale est très lente, à cause de l'orientation vicieuse

et du développement de la bosse séro-sanguine. Pourrait-on, pour abréger les souffrances de la parturiente et faciliter l'accouchement, essayer de transformer cette présentation en une autre moins redoutable ?

Nous avons vu dans le mécanisme de la présentation du front que les diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal ne peuvent basculer dans l'excavation. Toute tentative de flexion ou de déflexion ne pourrait être que dangereuse.

L'indication est donc formelle et absolue dans ces cas, attendre s'il ne se produit pas de complications.

La tête en présentation du front étant engagée, s'il survient une complication du côté de l'organisme maternel ou foetal, il faudra intervenir.

Du côté de l'enfant, un état de souffrance est indiqué par un trouble dans le rythme des pulsations cardiaques. Du côté de la mère, les causes qui commandent l'intervention sont : l'impotence fonctionnelle de l'utérus et le défaut de progression du fœtus, accidents dus à l'auto-intoxication gravidique, une cardiopathie, etc.

Il va de soi que, l'intervention étant indiquée, il ne faudra la tenter que si la dilatation est complète.

Dans tous les cas où la non-progression de la tête est due à l'enclavement, l'opération par excellence sera la *symphyséotomie*.

La symphyséotomie a rendu beaucoup moins

sombre le pronostic des présentations du front, surtout au point de vue de la mortalité fœtale. Elle permet de réaliser un agrandissement assez considérable pour permettre à la tête de descendre.

Nous savons en effet non seulement que chaque centimètre d'écartement de pubis correspond à un égal agrandissement du diamètre transverse, mais que le diamètre antéro-postérieur bénéficie d'une augmentation dans la proportion d'environ 2 millimètres par centimètre d'écartement. Cette opération semble donc être l'intervention de choix dans les présentations du front enclavé.

*Observation N° 2, due à l'obligeance
de M. le Professeur Brindeau*

Opération de Zarate.

M... Marcelle, 33 ans, IIpare, pas d'antéc. hérédit., a marché à 15 mois, réglée à 11 ans, salpingite depuis le premier accouchement.

Première grossesse en 1926. Accouchement naturel à terme d'une fille pesant 2.750 gr. ; décédée à 11 mois de méningite.

Dernières règles : 14 juillet 1931.

Le 16-2-32 vient de faire une chute ayant déterminé une rupture prématurée des membranes.

Le 17-2-32, à 2 heures. — Dilatation de 1 fr. Présentation très haute.

A 4 heures. — Présentation du front tendant à s'engager.

A 6 heures. — Dilatation entre 2 et 5 fr. la tête paraît se défléchir un peu.

A 11 heures. — Face mal défléchie. Br. de C + .

A 12 h. 30. — Dilatation à peu près complète on arrive sur le front, la racine du nez, la lèvre supérieure, le rebord alvéolaire.

Contractions très violentes, enfant perdant le méconium, bruits de cœur assez mauvais. Opération de Zarate très simple.

On entend le craquement, la tête descend immédiatement. Hypophyse. La femme pousse. A ce moment, la tête se défléchit d'avantage, le menton tourne en avant. La tête se dégage franchement en face le menton le premier. Délivrance artificielle, paraissant complète.

Enfant pesant 2.650 gr.

Bosse séro-sanguine siégeant sur le front, nez, lèvre supér. Dolicocephalie accentuée. Le 10 mars, la mère et l'enfant sortent, bien portants tous les deux.

L'intervention à laquelle nous aurons recours dans tous les cas de présentation du front, la tête n'étant pas enclavée, sera *l'application de forceps*. Dans cette intervention, nous allons insister sur un temps important : la rotation de la tête.

Ce mouvement de rotation que l'on est obligé d'imprimer par la main au forceps doit se faire de manière que l'enfant ait la face tournée vers la symphyse.

Nous savons que dans cette position seulement le dégagement est possible, dégagement qui s'effectuera, le point de contact de la face du fœtus avec le bord inférieur de la symphyse étant tantôt l'angle naso-frontal, tantôt le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, tantôt les commissures labiales.

Observation N° 3
recueillie à la Maternité de la Pitié

Mme Ton... Francine, Ipare de 25 ans, est admise à la salle de travail le 7 Décembre 1929, à 19 heures, pour contractions utérines douloureuses.

Examen d'entrée à 19 heures, palper, tête en bas, fixé, dos à gauche, auscultat, +

A 21 heures. — Toucher, tête engagée, dilatation grande paume, poche des eaux intacte.

A 22 h. 45. — Dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux.

Au toucher, on tombe sur une tête à la partie inférieure de l'excavation, la fontanelle antérieure est située dans la région antérieure et gauche de l'excavation, mais non loin de son centre. On ne

sent pas la fontanelle postérieure, mais on arrive facilement sur le front, les yeux et le nez.

A 0 h. 45. — La tête est sur le plancher périméal et malgré les contractions utérines répétées, elle ne progresse plus. Les bruits du cœur se modifiant, on décide d'intervenir.

Forceps Tarnier. — Extraction après large épisiotomie et tractions très énergiques.

Dégagement en O.S.

Fille vivante pesant 4.200 gr. On sonde la malade pour vérifier l'intégrité de la vessie.

A 1 h. 30. — Délivrance naturelle et complète pesant 740 gr.

Diamètres de la tête. — O.M. 14, O.F. 12, Bi P. 10,5, So B. 11, So F. 12, Sm B. 11,5.

Sortie le 19 Décembre. La mère et l'enfant vont très bien.

Observation 4

recueillie à la Maternité de la Pitié

Mme Di... Marguerite, Ipare de 27 ans est admise à la salle de travail le 17 mai 1930, pour contractions utérines douloureuses.

Dernières règles : août 1929.

Examen d'entrée. Palper. — Tête en bas engagée, dos à gauche, auscult. +.

Toucher. — Dilatation de 1 fr., poche des eaux intacte.

A 9 h. 45. — Dilatation de 5 fr., poche des eaux intacte.

A 16 h. 30. — Petite paume.

A 21 h. 30. — Rupture spontanée de la poche des eaux.

A 24 heures. — Dilatation complète.

On sent la fontanelle antérieure, au centre et le front, la racine du nez dans le diamètre transverse du côté droit.

La femme fait des efforts expulsifs, et en raison de la lenteur de la période d'expulsion, on décide d'intervenir.

A 2 h. 55. — Application du forceps Tarnier en N.I.D.T. Dégagement en O.S.

Fille vivante pesant 3.120 gr.

Délivrance naturelle pesant 530 gr.

La femme fait une légère hémorragie, puis, faisant du shock on lui fait 500 gr. de sérum intra-veineux, et 1 cc. d'adrénaline.

Sortie, 20 jours. La mère et l'enfant en bon état.

2. La tête n'est pas engagée

Quand la tête est au-dessus du détroit supérieur et que la poche des eaux n'est pas encore rompue, ou est tout récemment rompue, faut-il intervenir ? Une version par manœuvres externes peut être séduisante, une césarienne aussi. Mais que de

présentations transitoires on observe et quelle débâche d'intervention on ferait en agissant ainsi.

La place de la césarienne n'est évidemment pas négligeable ; si l'on a affaire à un bassin connu pour être rétréci, si la femme a déjà accouché avec une présentation du front, la possibilité d'une césarienne doit être prise en très grande considération. Mais à part ces indications nettes, les cas où les circonstances indiquent une césarienne d'emblée sont rares.

Faut-il essayer de transformer un front en sommet par des manœuvres analogues à celles employées pour la présentation de la face ?

Il y a bien des risques pour que ces manœuvres échouent et il y a aussi bien des risques de déterminer une rupture de l'utérus souvent contracté.

Faut-il essayer de transformer le front en face comme le conseillait Mme Lachapelle en refoulant le front ? Cette conduite est préférable ; mais les succès sont rares.

Dans le plus grand nombre de cas, l'expectative sera de mise. On attendra en respectant la poche des eaux. Bien des présentations transitoires se transformèrent ainsi en face ou en sommet. Les autres s'engageront en front ou resteront au-dessus du détroit supérieur. Pour ces dernières, on discutera le choix entre les deux interventions, la *version po-*

dalique et l'opération césarienne portant sur le segment inférieur.

Pour faire une version podalique, il faut que les conditions nécessaires existent :

D'abord, un col complètement dilaté. Si la dilatation est insuffisante, il faut commencer par la compléter. Opérer avant que la dilatation soit complète, c'est aller au devant d'un échec et d'un accident comme la déchirure utérine.

Deuxièmement, il faut un utérus non rétracté, de façon à permettre le cheminement de la main et l'évolution du fœtus.

Cette condition existe quand les membranes sont intactes, ou rompues depuis peu.

Enfin, il faut un bassin assez large ; pour espérer obtenir un enfant vivant et viable à terme, il faut que le diamètre minimum mesure au moins 9 centimètres.

Observation 5

recueillie à la Maternité de la Pitié

Mme B... Anna, Ipare de 24 ans, est admise à la salle de travail le 12 Novembre 1932, à 4 heures pour contractions utérines douloureuses. Dernières règles : le 15 février.

Examen d'entrée, 4 h., au palper. — Tête en

bas, mobile, dos à gauche, Ausc. + +. Excès de liquide,

Au toucher, col perméable, poche des eaux intacte.

9 h. 25, examen de Mme Versini.

Au toucher, dilatation 2 fr., col encore long, poche des eaux bombante.

A 11 h. 30. — Dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux, il s'écoule environ 1 litre et demi de liquide amniotique.

On constate une présentation du front et un bassin légèrement rétréci.

A 11 h. 45, accouchement artificiel à terme, sans anesthésie, par présentation du front. Version podalique.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.170 gr.

Délivrance naturelle et complète 670 gr., faite 30 minutes après l'accouchement.

Nous avons montré que dans la présentation du front non engagée, si aucune complication ne survient pendant la période de dilatation, l'intervention de choix sera la version podalique.

Mais chaque fois avant la dilatation complète, la vie du fœtus étant menacée (souffrance, procidence du cordon) il sera pratiqué *la césarienne portant sur le segment inférieur*. Elle a l'avantage sur la césarienne corporéale parce qu'elle apporte la

protection contre l'infection péritonéale post-opératoire. Pratiquement, l'opération terminée, la plaie utérine est extra-périonéale, aucun suintement ne viendra souiller la grande séreuse, aucun contact ne sera possible avec les anses grêles.

Cette technique réalise un progrès indiscutable ; du fait, la mortalité s'est trouvée abaissée, bien qu'on ait souvent affaire à un utérus infecté.

CHAPITRE II

L'enfant est mort

Nous avons supposé jusqu'ici que dans tous les cas l'enfant était vivant. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. L'apparition de la symphyséotomie et la pratique de la césarienne avaient diminué dans des proportions considérables la mortalité foetale. La vie de l'enfant n'est pas en effet plus exposée dans les présentations du front que dans les autres, la présentation eutocique exceptée ; la pro-cidence du cordon, par exemple, qui est fréquente, est commune à tous les cas de non accommodation pelvienne. Les cas de mort d'enfant qu'on enregistre encore sont observés, chez des femmes qui n'ont pas été suffisamment surveillées pendant le travail et qui n'ont pu bénéficier d'une intervention opportune. Que reste-t-il à faire dans ces conditions quand l'enfant est mort ?

A extraire le plus rapidement possible de la cavité utérine l'enfant.

L'intervention de choix comme dans tous les cas de mort de fœtus, sera la basiotripsie ou la cranioclasie, quelque soit la situation de la tête foetale.

En agissant ainsi, on détermine le minimum de traumatisme chez la mère et on prévient la phy-

sométrie, qui se développe si rapidement après la mort du fœtus. Quand la tête n'est pas engagée et butte le bassin osseux, la basiotripsie permet enfin d'éviter la rupture utérine dont l'œdème de l'orifice et du segment inférieur est le signe précurseur. Cette intervention permet de sauver la vie de bien des femmes.

Observation N° 6

due à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau

Cranioclasie. — Da... Germaine, âgée de 34 ans, sans antéc. héréditaires. III^e pare, réglée à 12 ans. Premier accouchement par forceps à terme, enfant actuellement bien portant ; 2^e accouchement normal. Dernières règles, du 15 au 18 août 1931.

Albuminurie pendant la grossesse, légère perte de sang à 4 mois et demi de gestation.

Entre dans le service le 3 mai à 1 heure.

Femme venue de ville pour la lenteur de la période d'expulsion. Début du travail le 3 mai, à 9 heures. Rupture artificielle de la poche des eaux à 13 heures.

1^{re} injection de l'hypophyse à 19 heures.

2^e injection de l'hypophyse à 19 h. 30.

Tentative infructueuse de forceps.

Examen d'entrée. — Col très œdématié admettant juste 2 doigts.

Utérus contracté. Tête mobile au-dessus du dé-

troit supérieur. Br. de C. rapides. Injection de 2 ctgr. de morphine.

Le 4-5-32, à 7 heures. — Température : 38°7.

A 11 heures. — Col œdématié dilatable comme 5 francs. présentation non engagée. Br. de C. rapides.

A 19 heures. — L'œdème du col a diminué. Col dilatable comme petite paume. Bruits de cœur rapides.

A 21 heures. — Tempér. 39°2. Liquide fétide.

Le 5-5, à 4 heures. — Pas de bruits de cœur.

A 5 h. 30. — Temp. à 40°. Pas de Br. de C.

A 10 h. 30. — Temp. 38°. Vue par M. Brindeau

A 11 h. 30. — Cranioclasie sur enfant mort.

Présentation du front en naso-iliaque gauche antérieure.

Perforation avec le perforateur de Blot, au niveau de la racine du nez.

Introduction de la branche mâle du cranioclaste.

Introduction de la branche femelle. Difficulté pour passer entre le crâne et le col utérin, la dilatation n'étant que de petite paume.

Broiement. Extraction en mento-pubienne.

Injection iodée intra-amniotique. Délivrance artificielle. Injection intrautérine. Frisson pendant l'intervention. Temp. 39° avant l'opération. Garçon pesant 2.300 gr. Délivrance 500 gr.

CONCLUSIONS

1. Que la présentation du front soit engagée ou non, si aucun danger ne menace la vie de la mère ou de l'enfant, *s'abstenir de toute intervention*, et attendre un accouchement spontané possible.

2. Si un incident maternel ou fœtal survient, compromettant l'existence de la femme ou du fœtus, recourir à une intervention qui variera suivant que la présentation du front est engagée ou non.

3. Dans la présentation du front engagée, il y a deux cas à distinguer suivant que la tête est enclavée ou non :

a) Si la tête est enclavée, l'opération de choix sera la *symphyséotomie*.

b) Si la tête n'est pas enclavée, l'extraction fœtale sera faite par *l'application du forceps*.

4. Dans la présentation du front non engagée, si la dilatation est complète, on fera une *version podalique*, sinon on aura recours à l'opération césarienne portant sur le segment inférieur.

5. Si l'enfant est mort, pratiquer la basiotripsie quand la dilatation est suffisante et que la présentation soit engagée ou non.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

1. BASSIN. — Les présentations du front et leur thérapeutique (Thèse de Paris, 1930).
2. BRINDEAU. — Présentation du front, in T. I., Pratique de l'art des accouchements. Paris 1927.
3. CHEVALIER. — Thérapeutique des présentations persistantes du front. Thèse, Paris, 1909.
4. GAUSSEL. — Une présentation du front (Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris 1920).
5. JEANNIN. — La présentation du front. (Rev. Gén. Thérap. Paris, 1925).
6. LEVY. — Cinq cas des présentations du front observées à la Clinique (Rev. Prat. d'Obst. Péd. Paris 1912).
7. MARET. — De la présentation du front (Bul. Soc. d'Obst. Gyn. Paris 1923).
8. OUI. — Présentation du front. Transformation manuelle en présentation de la face. Application de forceps. (Bul. Soc. Obst., Paris 1912).

